Реабилитация больных при сердечно-сосудистых заболеваниях

Отделение восстановительного лечения (реабилитации) было создано в областной клинической больнице 16 лет назад и задумано, как структурное подразделение, объединяющее медицинских специалистов, которые своей работой помогали бы пациентам быстро восстанавливаться после перенесенного острого заболевания или обострения хронического, после перенесенных операций и т.д.

Сегодня в отделении работают специалисты, владеющие традиционными немедикаментозными методиками лечения: врачи и инструкторы ЛФК, врачи-иглорефлексотерапевты, медицинский психолог и психотерапевты, врачи мануальной терапии, массажисты.

Отделение работает в тесной связи с врачами отделений стационара, физиотерапевтами, весь спектр медицинских услуг направлен на скорейшее восстановление больных более чем 20-ти клинических отделений. Построение алгоритма работы нескольких специалистов происходит при согласовании тактики с лечащим врачом, подбирается набор методик, их кратность и последовательность для того, чтобы в достаточно короткие сроки помочь больному выйти из состояния заболевания, и заставить организм жить и работать, как до момента заболевания, создав определенную защиту от рецидивов заболевания.

Выполнение этих сложных задач возможно только тогда, когда медики работают с пациентом в унисон, достигая полного взаимопонимания и активно участвуя в коррекционном процессе. Этим занимается профессиональный медицинский психолог и психотерапевты в ранние и поздние сроки после начала заболевания. Основной задачей является формирование внутренней картины здоровья у пациентов, от осознания реальных причин своего заболевания и имеющихся перспектив выздоровления, а так же освоения естественных средств выздоровления и использования их в новом образе жизни.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и в послеоперационном периоде аорто-коронарного шунтирования) необходимо, кроме психологической помощи, найти все возможности, которые могли бы оказывать влияние на стабилизацию состояния и уменьшение проявления болезни, что в конечном итоге приводит к более качественной жизни. Данные эффекты достигаются применением различных методов, имеющихся в арсенале отделения (различные виды рефлекторного воздействия): иглорефлексотерапия, массаж, некоторые техники мануальной терапии и лечебной физкультуры и др.

Более детально хочется остановиться на применении комплекса лечебной физкультуры при сердечно-сосудистых заболеваниях. В основе любой программы ЛФК лежит тренировка, которая повышает работоспособность, улучшает работу сердца и легких, приспосабливает данные системы к нарастающим физическим и психо-эмоциональным нагрузкам и, таким образом, повышает выносливость всего организма в целом. Следует особо подчеркнуть, что все программы лечебной гимнастики рассчитываются и проводятся врачом и инструктором и зависят от общего состояния пациента на момент заболевания, тренированности, пола, возраста и других параметров и поэтому унифицированной, применяемой для всех программ ЛФК не существует.

Осмотр больного К. и проведение восстановительного лечения после операции по протезированию митрального клапана сердца. А.Н.Фролов, зав.отд.реанимации, врач-реаниматолог высшей категории, к.м.н.; врач-кинезитерапевт И.В. Говоров, инструктор ЛФК Л.Ю.Плеханова

Ишемическая болезнь сердца: тренирующий эффект, нарастание физических нагрузок рассчитываются под контролем врача, и занятия проводятся основными методами: дозированная ходьба; с помощью бегущей дорожки; с применением велоэргометра; дозированный подъем по лестнице.

Показателями правильно рассчитанных нагрузок во время комплекса являются: отсутствие одышки, слабости и боли; учащение пульса на высоте нагрузки в первые 3 минуты после нее не более, чем на 20 ударов в минуту, увеличение частоты дыхания на 6–9 в мин; повышение АД систолического на 20–40 мм.рт.ст., диастолического на 10–12 от исходного уровня; урежение пульса не более, чем на 10 ударов в мин; снижение АД систолического и диастолического не более, чем на 10мм.рт.ст.; время восстановления пульса менее 5 минут.

При перенесенном остром инфаркте миокарда (стационарный период) расчет планируемых нагрузок проводится в обязательном порядке на 4 ступени и наблюдением за состоянием больного (с контролем АД, пульса, ЭКГ, ЭКГ-мониторирования). К моменту завершения стационарного этапа физическая активность пациента должна достигнуть такого уровня, когда он мог бы обслуживать себя, подниматься по лестнице на первый этаж, совершать прогулки до 2–3 км в 2–4 приема в течение дня без существенных отрицательных реакций.

После операции аорто-коронарного шунтирования: стационарный этап реабилитации начинается с проведения, кроме медикаментозного лечения, специального комплекса лечебной гимнастики, которая должна стабилизировать показатели деятельности сердечно-сосудистой системы.

При не осложненном течении послеоперационного периода активизация начинается на 1–2 сутки после операции с целью развития режима малых тренирующих нагрузок, которые устраняют достаточно частые осложнения после продолжительной малоподвижности: тахикардия, падение или подъем АД, нарушение ритма сердца.

Больной находится в кардио-хирургическом отделении 10–14 дней, затем переводится в реабилитационное отделение, где проводится подбор лекарственных средств и их доз, осуществляется в полной мере весь комплекс медикаментозной, физической и психологической реабилитации в течение 3-4 недель. К моменту выписки из стационара у больного должен быть определен и закреплен режим индивидуальной и тренирующей нагрузки в зависимости от состояния.

Каждое тренирующее занятие включает в себя: лечебная гимнастика 15–20 мин; тренировка на велоэргометре 20–30 мин.; аутогенная тренировка 10 мин., дозированная ходьба.

Продолжительность одного занятия 45–60 минут.

В лечебной гимнастике используются различные дыхательные упражнения, упражнения на расслабление, координацию и равновесие, на тренировку силы и выносливости, корригирующие упражнения. Тренировки влияют на обменные процессы сердечной мышцы, снижая ее потребность в кислороде, улучшают состояние антисвертывающей системы крови, таким образом, служат профилактикой тромбоза.

Второй, очень важный этап реабилитации – санаторное долечивание. В течение нескольких лет в Ярославской области эффективно проводится долечивание в санатории им. В. Воровского больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Пациент Д. после операции АКШ в отделении реанимации

Заведующий отделением восстановительного лечения, врач-невролог-мануальный терапевт высшей категории В.Е. Боярский

Диета при ишемической болезни сердца

При ишемической болезни сердца ни в коем случае нельзя переедать. Ожирение не только изменяет обмен веществ в сторону увеличения содержания холестерина, но и приводит к повышению нагрузки на сердце. У больных после обильной еды возникают приступы болей в сердце. А соблюдение диеты приводит к снижению артериального давления и к снижению частоты сердечных заболеваний. Таким образом, питание может как способствовать развитию болезни, так и быть лечебным фактором.

Рекомендовано к употреблению

Продукты, имеющие низкое содержание жиров или высокое содержание пектина.

Нежирное молоко, нежирный кефир, нежирный творог и сыр, йогурт.

Мясо птицы без кожи, телятина, кролик, дичь (варить или готовить на пару).

Яйца 1–3 в неделю.

Морская рыба, морская капуста.

Вегетарианские, овощные, крупяные супы.

Вчерашний хлеб, сухари, каша на воде, неполированный рис, овсянка и овсяное печенье.

Свежие и замороженные овощи, горох, фасоль, маслины, картофель вареный, апельсины, лимоны, мандарины, грейпфрут.

Карамель, желе, сладости на аспартаме.

Миндаль, грецкий орех.

Чай, кофе без кофеина, минеральная вода, фруктовый сок без сахара.

Травы, специи, лук, чеснок, укроп, сельдерей, петрушка, горчица, перец.

Рекомендовано ограничить

Продукты, содержащие полиненасыщенные жиры или небольшое количество насыщенных жиров.

Подсолнечное, кукурузное, оливковое, соевое масло (1–3 ст.ложки в день).

Молоко средней жирности, плавленый сыр.

Нежирная говядина и ветчина.

Крабы, кальмары, креветки.

Суп-концентрат из пакетов.

Белый хлеб, полированный рис, сладкая каша, бисквит.

Тушеный картофель.

Мармелад, мед, сироп, марципаны, пастила, сахар, сорбит, фруктоза.

Лесной орех.

Сладкие напитки.

Кетчуп, соевый соус.

Не рекомендовано

Продукты, содержащие большое количество насыщенных жиров.

Масло сливочное, жир, свиное сало, маргарин, майонез, жирные соусы.

Жирное молоко, сгущенное молоко, сливки, сметана, жирный сыр, мороженое.

Сало, свинина, баранина, утка, гусь, мозги, почки, печень, язык, сосиски, паштет, колбаса.

Жареная яичница.

Соленая рыба, икра.

Мясные супы со сметаной.

Свежий хлеб, жирная каша, манная каша, пирожные, пудинг.

Жареный картофель, чипсы, соления, блюда во фритюре, жареные овощи.

Шоколад, ирис, конфеты, крем.

Фисташки, арахис, кокос, соленые орешки.

Алкоголь, крепкий кофе, кока-кола, пепси-кола, шоколадный напиток.

Соль, майонез, пицца, гамбургеры, полуфабрикаты.

Телефон: 24-84-61

В нашей больнице работает справочно-информационная служба.

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте www.yrh.yar.ru

В рубрике «Женская страничка» открыты новые разделы.

Руководители О. П. Белокопытов, Г. В. Костина.
Редактор, администратор В. А. Радовская. Фото В. А. Радовская.
Техническая поддержка В. Ю. Маслов. Дизайн Г. И. Радовский.

Газета «Здоровья Вам!» зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская,6.
Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г.
Распространяется бесплатно

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон: 24-47-79
Главный редактор – главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов
Ответственный редактор В. А. Радовская, фото В.А.Радовская

Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс»
Тираж 10 000

Ярославская областная клиническая больница

Здоровья Вам!

ЯОКБ

ноябрь 2007 г. № 11 Медицинская газета

Хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний в Ярославской области

У меня к сердцу очень трепетное отношение..
Более красивого создания я не представляю...
Сердце безумно красивое.
Оно настолько гармоничное, синхронизированное...
Я думаю, что ничего подобного природа не создала.

Л.А. Бокерия

В предыдущем выпуске газеты мы говорили о том, что в ЯОКБ в самое ближайшее время планируется проведение операций на «открытом сердце».

Ведущие специалисты НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, посетившие нашу клинику в октябре этого года, ознакомились с материально-технической больницы, оценили квалификацию ярославских сосудистых хирургов, кардиохирургов, анестезиологов и реаниматологов и пришли к выводу о возможности проведения таких операций в ЯОКБ.

После тщательного обследования ведущими кардиологами, сосудистыми хирургами и кардиохирургами больницы для хирургического лечения были отобраны 3 пациента: больной К., 51 год, житель Некоузского района, страдающий ревматическим пороком митрального клапана; больной Я., 41 год, житель Пошехонского района, страдающий ишемической болезнью сердца и перенесший инфаркт миокарда в 2005 г. и больной Д., 57 лет, житель Ярославского района, перенесший два инфаркта миокарда в течение последних 2-х лет.

Для проведения этих операций в больницу были приглашены ведущие специалисты Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева во главе с директором Центра, академиком РАМН Лео Антоновичем Бокерия.

Операция по протезированию митрального клапана сердца

О.П. Белокопытов, И.Н. Каграманян, Л.А. Бокерия в ЯОКБ

21 ноября этого года стало началом новой эпохи в развитии кардиохирургии нашего региона – впервые в области были выполнены три операции на «открытом сердце» с использованием искусственного кровообращения: операция по протезированию митрального клапана сердца и две операции по аорто-коронарному шунтированию. Первую операцию по протезированию митрального клапана сердца выполняли Л.А. Бокерия с ассистентами Р.М. Муратовым, заведующим отделом неотложной хирургии приобретенных пороков сердца НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева, д.м.н., профессором и заведующим кардиохирургическим отделением ЯОКБ, сердечно-сосудистым хирургом А.Н. Гридиным; операции по аорто-коронарному шунтированию выполнялись кардиохирургом, заведующим отделением хирургического лечения ИБС и миниинвазивной коронарной хирургии В.Ю. Мерзляковым, заведующим отделением сосудистой хирургии ЯОКБ, врачом-сердечно-сосудистым хирургом, доцентом кафедры ФДПО ЯГМА, к.м.н. И.Н. Староверовым и сердечно-сосудистым хирургом, к.м.н. А.С. Зотовым (ЯОКБ). Все операции прошли успешно, и в течение последующих 5-ти дней постоянное наблюдение и коррекцию лечения проводили врачи-реаниматологи отделения реанимации и интенсивной терапии. Уже утром 26 ноября на обходе главного врача совместно с кардиологами, сосудистыми хирургами и кардиохирургами было принято решение о переводе больных на дальнейшее долечивание в отделения сосудистой и кардиохирургии.

С настоящего времени жители г. Ярославля и Ярославской области, нуждающиеся в подобного вида операциях, будут иметь возможность оперироваться бесплатно в условиях областной клинической больницы, не выезжая за пределы Ярославской области.

Хочется подчеркнуть, что данное событие стало возможным благодаря активной поддержке Администрации Ярославской области, которая, наряду с успешной реализацией национального проекта «Здоровье», находит немалые финансовые возможности для развития высокотехнологичной медицинской помощи для наших пациентов, тем самым активно влияя на демографическую ситуацию нашего региона.

Заместитель главного врача ЯОКБ по хирургической работе, главный сосудистый хирург Ярославской области, к.м.н., А. В. Борисов

Встреча Л.А. Бокерия с Губернатором Ярославской области А.И. Лисицыным

Председатель Правительства ЯО И.И. Скороходова, заместитель Губернатора В.Г. Костин, главный врач ЯОКБ О.П. Белокопытов, директор департамента здравоохранения и фармации Администрации ЯО И.Н. Каграманян на операции по протезированию митрального клапана сердца

Бокерия Лео Антонович – ведущий кардиохирург, академик РАМН, известный ученый и организатор медицинской науки. С ноября 1994 директор НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН.

Международным признанием трудов Л. А. Бокерия является избрание его действительным членом Американской Ассоциации торакальных хирургов (1991), членом Европейского общества грудных и сердечно-сосудистых хирургов и Международного кардиоторакального центра Монако (1992), членом Сербской Академии наук (1997), членом Факультетов ряда регулярных международных конференций во Франции, Италии, Швейцарии, членом редколлегий журналов в США, Великобритании. Л.А. Бокерия неоднократно выезжал за рубеж для выполнения показательных операций и выполнил первые успешные операции при тахиаритмиях в Италии и Польше. Особо следует отметить избрание Л. А. Бокерия в 1998 году Почетным членом Американского Колледжа хирургов самого высокого титула в хирургической иерархии.

Л.А. Бокерия – Президент Российского научного общества сердечно-сосудистых хирургов.

В июне 2003 года Л. А. Бокерия был избран Президентом Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», в создании которой участвовали виднейшие ученые, деятели литературы и искусства, спортсмены, политики, бизнесмены. Задача Лиги добиваться создания модели саморазвития медицины, развивать «спорт для всех», укреплять семью, распространять опыт здорового и активного образа жизни, создавать условия для духовного и физического развития личности, возрождения национальных культурных традиций.

В 2005 году был избран членом Общественной палаты Российской Федерации, в 2006 году председателем комиссии Общественной палаты РФ по формированию здорового образа жизни.

Угрожающая статистика инсульта

Операция аорто-коронарного шунтирования

Проблема цереброваскулярных заболеваний и инсульта в последние годы становится все более актуальной. Ежегодно в мире мозговой удар настигает более 15 млн человек. В России каждый год регистрируется более 500 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения. Инсульт молодеет в последние годы: не менее 20% нарушений кровообращения отмечаются у больных моложе 50 лет.

В представлении обывателя инсульт – болезнь пожилых людей. Возможно, так и было лет двадцать назад. В наше время инсульт молодеет с каждым годом. Не редкость случаи инсульта у 30–40-летних людей. Одна треть всех больных – люди трудоспособного возраста. В то же время необходимо подчеркнуть, что чем старше человек, тем выше риск развития инсульта. По прогнозам специалистов в ближайшие годы существенного снижения заболеваемости инсультом ожидать нельзя. Каждые десять лет риск развития острого нарушения мозгового кровообращения увеличивается примерно в два раза. К 2020 году общая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличится почти на три четверти – более половины будут составлять нарушения мозгового кровообращения.

В последние годы изменилась структура больных, госпитализированных с острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы: пациентов с инсультом стало почти в 2 раза больше, чем больных с инфарктом миокарда. Исходы заболевания в течение многих лет остаются крайне неблагоприятными – примерно 40% больных умирает в течение первого года заболевания, около 80% перенесших инсульт навсегда остаются инвалидами.

Россия занимает 2 место в мире по количеству инсультов. На первом месте Болгария, на третьем – Китай. В России в последние годы рост заболеваемости инсультом в 5 раз выше, чем, например, в США. Только в Ярославской области каждый день инсульт случается у 6–12 человек. В нашей стране живут 1,5 млн человек, перенесших инсульт. Больные, пережившие инсульт, не могут впоследствии вернуться к привычной жизни, теряют трудоспособность или надолго приковваны к постели. Заболевание радикально изменяет социально-экономическое положение семьи, инсульт существенно влияет на экономику страны.

В этой связи разработка эффективных профилактических программ становится одной из наиболее актуальных задач современной ангиологии. Причины низкой эффективности существующей системы профилактики инсульта связаны с идеологическими, организационными и технологическими проблемами. Среди них наиболее существенные: несостоятельность концепции факторов риска для оценки индивидуального прогноза, отсутствие организационных решений, позволяющих проводить квалифицированный скрининг населения для выявления цереброваскулярной патологии, недостаточное использование новых методов диагностики врачами общей практики в скрининговом обследовании пациентов, а также костность мышления некоторых врачей, до сих пор считающих инвазивные хирургические вмешательства приговором на инвалидность.

Безопасные и информативные методы ультразвуковой диагностики дают представление о состоянии сосудов мозга, позволяют своевременно обнаружить опасные атеросклеротические бляшки, критические сужения артерий. В необходимых случаях спиральная компьютерная томография и рентгеноконтрастная ангиография дополняют мнения врачей о состоянии сосудов и тканей головного мозга. Современная лаборатория в короткие сроки определяет показатели уровня холестерина, вязкости и свертываемости крови. Все эти данные нужны для того, чтобы выявить возможные предпосылки инсульта.

Инвазивные процедуры в современной стратегии лечения больных со стенотическими поражениями брахиоцефальных артерий в Ярославской области.

Инвазивные стратегии лечения пациентов со стенотическими поражениями сосудов головного мозга и высоким риском возникновения мозговых катастроф становятся в условиях Ярославской области рутинной клинической практикой. Вместе с тем достаточно актуальной остается проблема селекции пациентов для проведения таких процедур. Следует чрезвычайно жестко подходить к оценке показаний для проведения каротидной эндартерэктомии (удаление атеросклеротической бляшки из сонной артерии с её пластикой). Все показания разделены на две категории: для пациентов с клиническими признаками недостаточности мозгового кровообращения и без таковых. По опыту мировой практики для пациентов первой категории приемлемый уровень хирургической летальности и смертности менее 6%, для больных второй категории хирургическая летальность и смертность должна составлять менее 3%. Статистика отделения сосудистой хирургии областной больницы в этом отношении более чем наглядная. Летальность у первой категории пациентов составила 3%, а во второй лишь 1%.

Многие исследователи склоняются к мнению, что на выбор стратегии лечения, в том числе инвазивного, может оказывать влияние не только факт наличия атеросклеротической бляшки сонных артерий, но и ее характер, особенности кровообращения и строения сосудов головного мозга, сопутствующие заболевания, в основном артериальная гипертензия и сахарный диабет. На сегодняшний день каротидную эндартерэктомию рассматривают как высокоэффективный метод снижения риска формирования мозгового инсульта у пациентов со стенотическими поражениями брахиоцефальных артерий.

Большое значение имеют так называемые периоперативные факторы риска, которые во многом определяют клинические исходы инвазивной манипуляции. Наиболее важными предикторами возникновения неблагоприятных клинических исходов после вмешательства оказались транзиторные ишемические атаки или перенесённый в прошлом инсульт, нарушения ритма сердца, поражение атеросклерозом сонной артерии с другой стороны, тяжелая сердечная недостаточность и сахарный диабет.

Более того, каждый пациент в нашем отделении проходит специальное обследование непосредственно перед операцией на современном ультразвуковом аппарате для выявления возможностей тканей мозга перенести данную операцию. Если исследование показывает высокий риск развития инсульта во время операции, она выполняется в условиях так называемого временного шунтирования. Данная методика позволяет оперировать даже самых «безнадежных» больных в этом отношении. Ну и, конечно, наличие большого опыта у оператора снижает риск возможных осложнений вмешательства.

Не следует забывать, что в масштабах всей области адекватный контроль за уровнем системного АД, проведение эффективной гиполипидемической терапии и обучение пациентов (диета, отказ от курения, образ жизни) могут быть не менее эффективными в отношении выживаемости больных с умеренным стенотическим процессом в сонных и позвоночных артериях.

В пользу хирургического лечения говорит и экономическая целесообразность. Ведь доказано давно, что затраты на лечение, реабилитацию и инвалидность больных с инсультами несоизмеримо больше средств, вкладываемых в высокотехнологичную хирургию, направленную на предотвращение этой грозной болезни.

Зав. отделением сосудистой хирургии ЯОКБ И.Н. Староверов

Проверьте себя!

К первым «звоночкам» болезни относятся: внезапная, временная слабость руки или ноги; временные затруднения речи, трудности в понимании речи; внезапная, временная потеря или ухудшение зрения; «двоение» в глазах; временное головокружение или потеря равновесия; внезапные кратковременные обморочные состояния; пульсирующий шум в ушах.

Опасность возникновения инсульта вы можете оценить самостоятельно с помощью простого опросника:

Факторы риска	Баллы. Пояснения
Возраст старше 45 лет	☐ 20
Мужской пол	☐ 10
Курение	☐ 20
Избыточный вес	☐ 20 Учитывается Ваша субъективная оценка
Малоподвижный образ жизни	☐ 20 Учитывается Ваша субъективная оценка
Употребление алкоголя чаще 1 раза в неделю	☐ 10
Избыточное питание с употреблением жирной и соленой пищи	☐ 10 Учитывается Ваша субъективная оценка
Ненормированный рабочий день с частым окончанием работы позже 6 часов вечера	☐ 20
Стрессовые ситуации на работе или дома	☐ 10
Инсульт или инфаркт миокарда у родителей	☐ 30
Артериальная гипертония у родителей	☐ 20
У меня часто отмечается повышение АД более 150 мм	☐ 40
При повышении АД бывает тошнота или рвота	☐ 40
У меня бывают боли в области сердца при физических или эмоциональных нагрузках	☐ 20
Постоянно или эпизодически отмечаются перебои в работе сердца	☐ 30
Нарушения сна	☐ 10 Отметить, если расстройства сна носят систематический характер
Периодические головокружения или нарушения координации движений	☐ 30
Головные боли	☐ 20
Кратковременные нарушения сознания	☐ 40 Если они бывают систематически или отмечались хотя бы дважды
Кратковременные нарушения зрения	☐ 30
Периодически возникающее «онемение» конечностей или кратковременная слабость	☐ 30
Отмечается снижение памяти	☐ 10 Учитывается Ваша субъективная оценка
Раздражительность и снижение работоспособности	☐ 10
ИТОГ	

Если у Вас 100–150 баллов – подумайте об изменении образа жизни и режима питания, посоветуйтесь с участковым терапевтом или Вашим лечащим врачом.
Если у Вас 150–300 баллов – Вам не следует пренебрегать обследованием и лечением. Здесь может понадобиться консультация невролога или сосудистого хирурга. Вероятно, необходимо будет сделать дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий.
Если у Вас 300–500 баллов – Вы в группе высокого риска, Вам необходимо углубленное обследование и разработка индивидуальных мер предупреждения острых заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Лечение ишемической болезни сердца

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной проблемой в клинике внутренних болезней, а в материалах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) характеризуется как эпидемия XX века. Основанием для этого послужила возрастающая частота заболеваний ишемической болезнью сердца людей в различных возрастных группах, высокий процент потери трудоспособности, а также то, что она является одной из ведущих причин летальности. Помимо этого, у значительной части населения ИБС вызывает нарушения функции левого желудочка сердца, нарушения сердечного ритма и служит частой причиной госпитализации.

Клинические проявления ИБС включают внезапную смерть, инфаркт миокарда, сердечную недостаточность и различные варианты стенокардии. В основе развития ишемической болезни лежит атеросклероз сердечных сосудов с формированием атеросклеротических бляшек и сужением просвета. Ограничение доставки кислорода к сердечной мышце неизбежно приводит к возникновению приступа стенокардии. Стенокардия (самый частый симптом ИБС) – это сильная боль в груди, обычно за грудиной, длящаяся 5–10 минут, которая может отдавать в руки, шею, нижнюю челюсть, спину.

На сегодняшний день основной целью лечения больных ИБС является: устранение симптомов заболевания, защита органов-мишеней от вторичного поражения, улучшение качества жизни, уменьшение числа госпитализаций, улучшение прогноза (продление жизни). Как правило, лечение пациента с ишемической болезнью сердца является комбинированным, т.е. сочетает терапевтические и хирургические методы.

Хирургические методы лечения пациентов с ИБС можно разделить на две группы: это чрезсосудистые (эндоваскулярные) вмешательства (чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика ЧТКА) и открытые операции на сердце (аорто-коронарное шунтирование – АКШ). Хирургия сердечных артерий и чрезкожные вмешательства имеют одну цель – восстановление нормального кровотока в сосудах сердца, а показания к выполнению какой-либо методики определяет врач индивидуально для каждого пациента.

Преимущества чрезсосудистого вмешательства заключаются в минимальной травме во время процедуры и отсутствии необходимости в наркозе, короткий период госпитализации, быстрое возвращение к повседневной деятельности. К сожалению, имеются ограничения и ряд нерешенных проблем, связанных с выполнением ЧТКА. Прежде всего, это пациенты с поражением сразу нескольких артерий сердца, наличием распространенных сужений (стенозов) сердечных артерий, с полным закрытием просвета сосуда с обызвествлением стенки (кальцинозом), с поражением основного ствола левой сердечной артерии, пациенты с сопутствующим сахарным диабетом и осложненными формами ишемической болезни сердца.

Операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ) – это хирургический метод восстановления сердечного кровотока. Основной смысл коронарного шунтирования состоит в том, чтобы увеличить кровенаполнение сердечной мышцы в местах сужения сосудов и тем самым устранить симптомы заболевания и снизить риск возникновения инфаркта миокарда (первичного или повторного). Хирургическая тактика заключается в том, чтобы осуществить обход пораженного участка при помощи аутоартерии и аутовены. Кроме того, операция позволяет, при наличии показаний, провести сопутствующую коррекцию клапанного порока сердца, устранить аневризму левого желудочка, удалить тромботические массы из левого желудочка, что нельзя сделать чрезсосудистым путем.

Операция аорто-коронарного шунтирования. Кардиохирург В.Ю.Мерзляков (г.Москва)

Зав.отд.анестезиологии, врач-анестезиолог высшей категории, к.м.н. О.В.Бараев проводит наркоз

Исследования результатов лечения больных ИБС показали, что аорто-коронарное шунтирование позволяет значительно улучшить качество и увеличить продолжительность жизни. По данным исследований, 5-летняя выживаемость больных после операции составляет 92%, а 10-летняя – 81%, отсутствие стенокардии в течение 5 лет после операции у 83%, а на протяжении 10 лет – у 63% больных.

К большому сожалению, на сегодняшний день имеются проблемы связанные с доступностью кардиохирургической помощи. Так, по данным социологического исследования, проведенного НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, выявлены следующие проблемы, связанные с направлением пациента с сердечно-сосудистым заболеванием на консультацию кардиохирурга, на инструментальные методы исследования, на кардиохирургические виды лечения. Среди проблем, связанных с направлением на кардиохирургическое лечение, были отмечены следующие:

– отказ пациента от вмешательства в связи с недостаточной информированностью,
– страх пациента перед вмешательством,
– отсутствие четкой регламентации, куда и как направлять больного.

И, если последнюю проблему на сегодняшний день в нашей области можно считать решённой, то для решения первых двух пройдёт не мало времени, пока мы в содружестве с кардиологами не доведём до населения информацию о возможностях сердечно-сосудистых хирургов областной больницы.

Необходимо принимать во внимание, что качество и успех лечения зависят от своевременной диагностики заболевания, ведь чем позднее диагностирована ишемическая болезнь сердца, тем более «запущен» больной и тем сложнее будет оказать ему помощь. Поэтому важно как можно раньше выявить заболевание, до того момента, пока не развился инфаркт миокарда, сопутствующее поражение клапанов сердца, нарушение ритма или аневризма левого желудочка.

Врачи первичного звена, терапевты, кардиологи и другие врачи, занимающиеся лечением ишемической болезни сердца, должны сформировать четкое понимание того, что наряду с ЭКГ и УЗИ сердца, основным методом для определения тактики лечения данного заболевания является коронарография. А возможность для проведения ее на сегодняшний день в нашей больнице имеется. Только изучив все исходные данные и оценив результаты контрастирования сосудов сердца, можно объективно решить вопрос о виде лечения: лекарственные препараты, коронарное стентирование или операция.

К.м.н. Староверов И.Н.,
к.м.н. Зотов А.С.

Метод радиочастотной аблации в условиях ЯОКБ

В настоящее время электрокардиостимуляция проводится в 97 лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (в 1992 г. – 68). Операции на проводящей системе сердца, в том числе радиочастотная аблация, выполняются в 45 учреждениях здравоохранения России (в 1992 г. – 14).

В ЯОКБ имплантация электрокардиостимуляторов выполняется с 1979 года, а с декабря 2002 года проводится инвазивное электрофизиологическое исследование сердца и радиочастотная аблация. Это минимально травматичная процедура, которая позволяет вылечить нарушение ритма. Суть ее состоит в восстановлении нормального ритма путем прижигания очень маленького, тщательно выверенного участка в сердце. Через бедренную вену вводится проводник, по нему заводятся электроды. Выполняется электрофизиологическое исследование для определения участка, где необходимо прижигание. В зоне прижигания возникает блокада проведения импульса, и ритм выравнивается.

С помощью РЧА можно осуществлять помощь пациентам со многими заболеваниями сердца. При этом эффективность данного метода достигает очень высокого уровня.

В предоперационном периоде пациент должен пройти специальное обследование: ЭКГ, Холтеровское суточное мониторирование, ЧПЭКС, трансторакальную ЭХО-кардиоскопию. Все эти методы исследования доступны в условиях ЯОКБ.

За период с декабря 2002 года по настоящее время в нашей больнице процедуры радиочастотной аблации выполнялись у пациентов в возрасте от 30 до 81 года. При этом показаниями к проведению служили частые приступы сердцебиения при неэффективности лекарственной терапии, непереносимости препаратов, невозможности длительного их приема, желание пациента избавиться окончательно от относительно доброкачественных нарушений ритма и медикаментозной зависимости.

Таким образом, метод радиочастотной аблации в условиях ЯОКБ является высокоэффективным и безопасным методом лечения нарушений ритма.

Зав.отделением
кардиохирургии ЯОКБ
А.Н. Гридин

Врач-анестезиолог-перфузиолог И.Л.Дылинов следит за работой аппарата искусственного кровообращения